

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 64.

DES
ANÉVRISMES ARTÉRIOSO-VEINEUX
DU CREUX POPLITÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Janvier 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul MOREL

Né le 7 Mai 1875, à Arras (Pas-de-Calais).

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A REY, IMPRIMEUR-EDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1899

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1898-99. — N° 64.

DES
ANÉVRISMES ARTÉRIOS-VEINEUX
DU CREUX POPLITÉ

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Janvier 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul MOREL

Né le 7 Mai 1875, à Arras (Pas-de-Calais).

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

A REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Janvier 1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.

LACASSAGNE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{ MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	{ BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	MONOYER.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.	CAZENEUVE.
Anatomie	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.	LORTET.
Physiologie.	TESTUT.
Pathologie interne	RENAUT.
Pathologie externe	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.	TRIPPIER.
Médecine légale	POLLOSSON (M.)
Hygiène.	ARLOING.
Thérapeutique.	LACASSAGNE.
Pharmacie	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes.	LAROYENNE.
---	------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	WEILL, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (A.)—
Botanique	BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
BONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND
COURMONT.	COLLET.	BARRAL.	BÉRARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (A.)	VALLAS.	PIC.	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. WEILL, Assesseur ;

MM. ROLLET et BÉRARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545321_0050

A MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MON AMI

Gaston Rolle

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR PONCET

Chevalier de la Légion d'honneur

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

INTRODUCTION

Un jeune garçon porteur d'un anévrisme artério-veineux du cœur poplité étant entré dans son service, M. le professeur PONCET attira notre attention sur la rareté de l'affection que présentait ce malade. Il annonçait en outre son intention de traiter cet anévrisme par l'extirpation du sac.

Nous avons dès lors jugé intéressant de rechercher dans la littérature chirurgicale les observations se rapportant à des cas analogues et nous avons essayé d'en dégager des conclusions au point de vue thérapeutique.

Cette étude est divisée en cinq chapitres : le premier contient le résumé des observations publiées jusqu'à ce jour ; le second est un rappel sommaire de l'anatomie de la région poplitée ; dans le troisième, nous avons résumé l'étiologie, la pathogénie et l'anatomie pathologique. Le quatrième est consacré à la symptomatologie, au pronostic et au diagnostic, le cinquième au traitement. Enfin, nous avons rapporté *in extenso* cinq observations d'anévrismes artérioso-veineux poplités traités par l'extirpation.

Nous devons l'idée première de ce travail à M. le pro-

fesseur PONCET qui consent aujourd'hui à nous faire l'insigne honneur de présider notre thèse. Nous le prions de bien vouloir accepter l'hommage de notre plus vive gratitude.

Depuis trois années, M. LANGLOIS, médecin chef de l'hôpital militaire de Clermont-Ferrand nous a toujours accueilli avec la plus grande bienveillance. Dans la cruelle épreuve que nous traversons récemment, il nous a prodigué les marques d'un intérêt sincère et d'un dévouement sans égal. Qu'il nous permette de lui affirmer ici notre profonde reconnaissance.

Nous remercions nos camarades de promotion de la sympathie qu'ils nous ont souvent témoignée. Nous assurons de notre sincère amitié les D^{rs} DOMAGE, LE DANTEC et ROBERT ; c'est à eux que nous devons les souvenirs agréables de ces trois dernières années.

P. M.

DES
ANÉVRISMES ARTÉRIOSO-VEINEUX
DU CREUX POPLITÉ

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les anévrismes artério-veineux constituent dans la pathologie chirurgicale un chapitre relativement récent. C'est, en effet, en 1766 seulement que SENNERT (de Lyon) nota dans un anévrisme le frémissement et le souffle continu; cinq années plus tard, en 1771, WILLIAM HUNTER, avec une sagacité merveilleuse, puisqu'aucune autopsie ne vint lui donner la confirmation de son observation, donnait de cette lésion une description des plus détaillées. Après lui, les travaux de GUATTANI, de LACOMBE, de CLEYHORN complétaient son œuvre et les cas signalés se multiplièrent.

Malgré cela, certaines variétés ont été rarement observées; l'anévrisme artério-veineux du creux poplité est resté une espèce rare et les auteurs n'en ont pas rapporté

plus de vingt-cinq cas. Nous allons les passer successivement en revue par ordre chronologique.

Le premier en date est fourni par LARREY (*Archives générales de méd.*, t. IX, p. 154, 1837). Cet anévrisme était dû à un coup d'épée dans le creux du jarret; il datait de vingt-six ans et peu à peu avait augmenté. Très volumineux pendant la station, il diminuait sans disparaître dans la position horizontale. LARREY pratiqua l'amputation. Le résultat ne nous est pas parvenu.

HODGSON rapporte le cas d'un dragon qui reçut une balle de pistolet dans le jarret droit. (*Treatise of arteries and veins diseases*, vol. II, p. 365, Londres, 1815.) Immédiatement, hémorragie abondante. Au bout de quelques jours, on extrait plusieurs morceaux de bourre, mais la balle était sortie du genou. Dix jours après la blessure, la lésion était constituée. Quand HODGSON vit le malade dix-huit mois après la blessure, la tumeur n'était pas plus grosse qu'un œuf. Il usa d'un bandage compressif. Le résultat resta inconnu.

PORTER (*Cyclopedia of Anat. and Physiol.*, t. I, p. 142) signale le premier anévrisme artério-veineux poplité d'origine spontanée. La tumeur atteignait le volume d'une tête d'enfant et datait de quatorze ans. Comme précédemment, le bandage compressif fut employé. Le résultat est également inconnu.

STROMEYER (*Handbuch des Chirurgie*, 1894) fait pour la première fois la ligature fémorale et obtient ainsi la guérison.

MONNERET (*Soc. de Chirurgie*, t. I, p. 68, 1851) suit son exemple avec le même bonheur.

Le cas de Cock date de la même année (*Med. Chirurg.*

Transactions, t. XXXIV, p. 327, 1851), et présente une particularité curieuse. Le sang artériel passait dans le bout inférieur de la veine largement dilatée, tandis que le tronc tibio-péronier était très grêle et que la partie supérieure de la veine était oblitérée. La fémorale fut liée deux ans après l'accident, mais douze ans plus tard, le sac s'enflammait, la gangrène survenait et l'amputation s'imposait.

BOLING (*North America Med. Chirurg. Review*, 1857) donne la seconde observation d'anévrisme spontané dû à la présence d'une exostose. L'amputation fut pratiquée.

En 1859, HEYFELDEN inaugure sans aucun succès le traitement par la compression digitale (*Deutsche Klinik*, 1859).

PODRACKI (*Wochenblatt des Gesellschaft der Aertze*, p. 257, Wien, 1862) soumet son malade à la flexion forcée sans résultat.

NÉLATON (*France médicale*, p. 197, 1863) pratique la ligature des deux bouts de l'artère et de la veine. Son malade meurt à la suite d'hémorragies secondaires.

MOORE, en 1866 (*Lancet*, t. I, p. 145), revient à la compression mécanique, échoue comme ceux qui ont employé avant lui ce mode de traitement et est obligé d'amputer.

ESMARCK (*Raabe Zeitschr. für Chirurg.*, t. V, 1867) se trouve en présence d'un anévrisme artério-veineux constitué par une des artères articulaires. Il fait la ligature, puis procède à l'extirpation, opération qui réussit parfaitement.

MENSEL (*Prayer Viertel Jahresbericht*, t. III, p. 205,

1867) observe un cas datant de six ans. Il pratique pendant vingt-sept jours la compression digitale, pendant un mois la compression mécanique et après échec fait la ligature. Le résultat lui resta inconnu.

LAGRANGE (*Soc. anatom.*, p. 79, 1871) visite un blessé porteur d'un anévrisme artério-veineux poplitée. Huit jours après la blessure, le membre se sphacèle. On ampute, mais le malade meurt.

ANNANDALE (*Lancet*, 1875, t. I, p. 568) incise une poche grosse comme une tête d'enfant après double ligature. Il obtient une guérison, ce qui n'empêche pas GILLETTE de trouver cette conduite peu recommandable.

HIARD, dans une thèse de Paris (1875), rapporte un cas où les compressions directes et indirectes furent tentées avec un complet insuccès.

RHEINHOLD (thèse de Marburg, 1882) revient à la flexion forcée mise en œuvre par Podracki. Après échec, il recourt à la ligature des vaisseaux au-dessus et au-dessous du sac. Le résultat immédiat est excellent, mais au bout de douze ans un kyste se forma aux dépens de la veine.

Le malade de SCARENZIO (*Annali universali di Medic.*, p. 451, 1879) est traité par la ligature de la fémorale, mais à la suite d'une gangrène consécutive la guérison ne fut obtenue qu'après l'amputation.

VERNEUIL (*Soc. chirurgie*, p. 280, 1883) fait à un jeune garçon blessé par un éclat de verre la ligature au-dessus et au-dessous du sac qu'il incise. Guérison.

SCRIBA tente l'extirpation et obtient ainsi la cure d'un anévrisme spontané, malgré de grandes difficultés opératoires. (*Deutsche Zeitung für Chirurg.*, t. XXII, p. 12, 1885).

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE arrive à un résultat également heureux en liant au-dessus et au-dessous de la poche.

C'est encore à la compression mécanique sur la fémorale au pli de l'aîne que s'adresse M. FÉLIZET. Après insuccès et le volume de l'anévrisme augmentant, il extirpe le sac et guérit ainsi le blessé.

Trois autres observations existent encore dans celles de MM. DELBET et REYNIER, et enfin la dernière que nous avons recueillie dans le service de M. le professeur Poncet. Nous les avons reproduites plus loin *in extenso*. Dans chacun de ces cas, la tumeur anévrismale a été extirpée, et une cure radicale et définitive a été obtenue.

CHAPITRE II

ANATOMIE

Le creux poplité est une vaste excavation située en arrière du genou à la partie inférieure de la cuisse, à la partie supérieure de la jambe.

Sa forme est celle d'un losange à grand diamètre vertical.

Elle est limitée par des muscles qui sont :

En haut, en dehors : le muscle biceps ; en dedans : les trois muscles de la patte d'oie, demi-tendineux, droit interne et couturier et le demi-membraneux.

En bas, en dehors : le muscle jumeau externe ; en dedans : le muscle jumeau interne.

Parois. — La paroi profonde est constituée par les faces postérieures du fémur et du tibia, la face postérieure de la capsule articulaire du genou et le muscle poplité.

La paroi superficielle se compose de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané et de l'aponévrose. Dans la couche cellulaire sous-cutanée se trouve la veine saphène externe, tributaire de la veine poplitée.

Suivant le grand diamètre de l'excavation cheminent :

- 1° L'artère poplitée ;
- 2° La veine poplitée ;
- 3° Le nerf sciatique poplité interne.

L'**artère poplitée**, qui fait suite à la fémorale, s'étend de l'anneau du troisième adducteur à l'anneau du soléaire où elle se termine en se bifurquant. Elle occupe le plan profond du creux poplité; elle est oblique en bas et en dehors dans sa moitié supérieure; elle est verticale dans sa moitié inférieure. Elle est en rapport en avant avec la partie postérieure du fémur, avec le ligament postérieur de l'articulation du genou et avec la face postérieure du muscle poplité. En arrière, elle est recouverte tout d'abord par le demi-membraneux, puis par l'aponévrose du creux poplité dont la sépare la veine poplitée, et enfin par les deux jumeaux et le plantaire grêle. En dedans, elle répond au demi-membraneux, au condyle interne et au jumeau interne; en dehors, elle est en rapport avec le biceps, le condyle externe et le jumeau externe. Elle donne deux sortes de branches, les deux artères musculaires et les cinq artères articulaires.

La **veine poplitée** est située en arrière et en dehors de l'artère en contact intime avec elle. Elle reçoit la veine saphène externe.

Enfin sur le plan le plus superficiel se trouve le **nerf sciatique poplité interne** en contact avec la veine, mais un peu en dehors d'elle.

Le **nerf sciatique poplité externe** traverse la région poplitée de haut en bas et de dedans en dehors.

Du tissu adipeux, des ganglions lymphatiques remplissent l'espace libre de la cavité.

Les différents troncs vasculo-nerveux se superposent donc dans l'ordre suivant, de la surface vers la profondeur et de dehors en dedans :

1° Nerf sciatique poplité interne;

2° Veine poplitée ;

3° Artère poplitée.

« En sorte qu'un instrument les traversant tous les trois serait dirigé obliquement en avant et en dedans »
(Tillaux).

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE — PATHOGÉNIE — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On sait qu'on appelle anévrisme artério-veineux la communication anormale d'une artère et d'une veine. Ce nom ne convient réellement que s'il y a un sac, mais l'usage a prévalu et fait réunir la varice anévrismale, simple communication des deux vaisseaux sans sac, et les anévrismes artérioso-veineux enkystés et intermédiaires qui présentent un sac. De nombreuses divisions ont été proposées pour la classification de ces anévrismes ; il suffit de distinguer la varice anévrismale qui est le type le plus simple, les anévrismes enkystés veineux caractérisés par la présence d'une poche sur la veine, et les anévrismes enkystés artériels où la poche siège sur l'artère. Enfin une dernière variété est constituée pour les cas où la poche est commune à l'un et à l'autre vaisseau. Par exception, il peut y avoir deux sacs.

On voit que, par sa disposition vasculaire, la région poplitée est éminemment favorable à la production d'une telle lésion. Sur un long trajet, deux volumineux vaisseaux cheminent intimement unis et superficiellement placés ; c'est donc uniquement à la situation postérieure de l'excavation poplitée, abritée par le massif osseux du genou,

qu'il faut attribuer la rareté de l'anévrisme artério-veineux de cette région. Vingt-cinq cas sont connus, et DELBET, dans son mémoire *Sur le Pronostic et le Traitement des Anévrismes externes*, les place, par ordre de fréquence, au quatrième rang dans une liste contenant tous les cas qu'il a pu relever d'anévrismes artério-veineux.

Presque toujours traumatiques, quelquefois spontanés (exostose), la cause principale et la plus fréquemment relevée est la blessure par instrument tranchant. Ce sont des coups de couteau, de tranchet, de fleuret, des coups de feu, blessures affectant difficilement la région poplitée. La communication anormale n'a pas toujours lieu entre l'artère et la veine poplitée. On voit, en effet, dans l'observation de MOORE que ce sont les vaisseaux du nerf sciatique qui sont en cause ; dans le cas d'ESMARCK, il s'agit des vaisseaux articulaires, ces faits étant, d'ailleurs, très explicables par le hasard des traumatismes.

On a eu rarement l'occasion d'examiner les pièces anatomopathologiques. Parmi celles que nous avons pu recueillir, nous avons trouvé des descriptions curieuses que nous allons relater. C'est ainsi que dans l'observation de LARREY, on lit ceci : « Dans une cavité kystique du creux poplité s'ouvraient le bout central de l'artère et de la veine poplitée, ainsi que le bout périphérique de l'artère ; le bout périphérique de la veine était oblitéré ; les artères articulaires naissaient du kyste lui-même, d'où le sang apporté par la poplitée sortait en deux colonnes, l'une qui descend vers le pied, l'autre qui remontait vers le cœur par la veine poplitée. »

Cock rapporte le fait d'un anévrisme artério-veineux

traumatique dans lequel le sang artériel passait dans le bout inférieur de la veine, tandis que le tronc tibio-péronien était très grêle et la partie supérieure de la veine oblitérée.

Chez le malade de M. DELBET, le sac a la forme d'un cœur de carte à jouer dont la pointe serait tournée en haut. Il mesure 11 centimètres dans le grand diamètre vertical, 10 centimètres dans le grand diamètre horizontal. A la partie inférieure et interne, il y a un petit diverticule qui s'insinue entre les muscles jumeaux internes et le demi-membraneux. La veine poplitée pénètre dans sa partie élevée. Elle mesure 13 millimètres de diamètre. Elle sort du sac à sa partie inférieure et ne mesure plus là que 10 millimètres. La section a porté juste au-dessus d'une valvule qui avait été forcée. Quand on regarde le sac par sa partie antérieure, on voit l'artère pénétrer dans son épaisseur tout en haut, tout près de la veine, et ressortir tout en bas. Mais, en réalité, la communication avec le sac ne se fait pas sur une aussi grande étendue. En étudiant la position avec plus de soin, on voit que le bout supérieur de l'artère s'ouvre dans le sac à 2 centimètres au-dessous de la partie la plus élevée. Le bout inférieur en ressort à 17 millimètres plus bas, mais l'artère ne redevient pas immédiatement libre, elle chemine dans l'épaisseur de la paroi du sac sur une étendue de 65 millimètres, et ne devient indépendante qu'à la partie inférieure de l'anévrisme. Cette artère est très rétrécie. Les bouts inférieur et supérieur ne mesurent pas plus de 3 millimètres de diamètre. Pas de caillots à la face interne du sac. Il en existe seulement une mince couche de 1 centimètre d'épaisseur dans le diverticule inférieur. La paroi

est très souple, mais épaisse et résistante, et mesure 2 à 3 millimètres d'épaisseur. Il est impossible de la déchirer ; elle est aussi difficile à couper qu'un morceau de cuir. Elle présente de nombreuses plaques d'athérome qui font saillie sur sa face interne ; les unes ayant la consistance du tissu fibreux, les autres absolument calcifiées. Enfin, on distingue sur la paroi antérieure articulaire du sac, l'orifice des sept artérioles liées pendant l'opération. Chacune d'elles a le volume d'une collatérale des doigts.

Le malade opéré par M. le professeur Poncet a fourni également une pièce intéressante. M. Dor, chef du laboratoire de la clinique, la décrit ainsi : « La pièce enlevée présente à considérer une poche anévrysmale, une artère et une veine. La communication de la veine et de la poche a été déchirée, de sorte que les rapports ont été un peu changés, mais on peut assez facilement reconstituer ce qui devait exister. La poche a une forme ovoïde et les dimensions d'une olive, mais lorsqu'on la remplit d'eau, on voit qu'elle se distend beaucoup, et, bien certainement, avant l'extirpation, elle devait être beaucoup plus volumineuse. Elle est constituée par une membrane de l'épaisseur de la paroi de l'artère, membrane élastique et tapissée à son intérieur par une surface libre, endothéliale probablement. La paroi externe est adhérente à un tissu conjonctif et graisseux, avec lequel elle a été enlevée, et on ne la délimite pas très exactement. Cette poche communique en haut par un petit pertuis du calibre d'une épingle avec l'artère. En injectant de l'eau dans la poche et en la faisant sortir par le pertuis artériel, on a un jet assez comparable à celui que donnerait une collatérale d'un doigt. Il y a entre la poche et l'artère un petit cana-

licule de 1 millimètre de longueur, de sorte qu'il vient à l'esprit que l'anévrisme est né sur une collatérale, mais cependant cela n'est pas certain.

Quant à la communication avec la veine, elle se faisait à quelques millimètres au-dessous de la communication avec l'artère, au moyen d'un orifice situé sur le trajet même de la veine, mais qui a été déchiré et coupé, de sorte que l'on ne peut se rendre compte des dimensions qu'il devait avoir. »



CHAPITRE IV

SYMPTOMES — DIAGNOSTIC — PRONOSTIC

Les anévrismes artérioso-veineux du creux poplité n'ont pas de symptômes qui leur soient vraiment spéciaux.

On trouve dans le creux poplité une tumeur d'un volume très variable suivant les cas. Quelquefois grosse comme une olive, elle peut, comme dans l'observation d'Annan-dale, atteindre les dimensions d'une tête d'enfant. La région est en effet très propre à faciliter cette distension exagérée, car rien ne vient s'y opposer que le tissu adipeux qui se trouve en abondance en cet endroit et qui se laisse aisément refouler.

Cette tumeur est molle, réductible, animée de mouvements d'expansion et de battements isochrones au pouls. A la palpation, en plaçant l'extrémité des doigts sur la tumeur, on sent ce frémissement continu auquel Hunter avait donné le nom de thrill et qui produit ce bourdonnement, ce bruit caractéristique dénommé par comparaison bruit de rouet, bruit de diable. Renforcé au moment de la diastole artérielle, on peut le percevoir jusqu'à l'extrémité du membre ; il est souvent pour le malade la cause d'une sensation vraiment désagréable.

A l'auscultation, on entend un souffle parfois très intense, continu, à renforcements systoliques.

En comprimant l'artère fémorale, on fait diminuer le volume de l'anévrisme, les battements, le thrill, ces phénomènes s'exagèrent si la compression a lieu au-dessous de la lésion.

Le pouls de la pédieuse, de la tibiale postérieure est notablement diminué, parfois même il disparaît totalement. En général, il se fait une dilatation régulière plus ou moins considérable du lacis veineux superficiel. L'œdème apparaît et peut donner aux membres des proportions éléphantiasiques.

Des troubles trophiques surviennent fréquemment. BROCA a noté le développement du système pileux, des ongles ; DELBET l'apparition des plaques pigmentaires de teintes variées, la présence d'ulcères à forme variqueuse.

Des troubles de la sensibilité se manifestent par un certain engourdissement, des crampes, des douleurs irradiées causées sans doute par la compression des nerfs poplités.

La marche devient pénible, la jambe tend à se mettre en flexion sur la cuisse, amenant ainsi une claudication considérable.

Enfin le malade peut accuser une sensation de froid, purement subjective, localisée dans le membre malade, qui pourtant possède une température souvent plus élevée de plusieurs degrés que le membre sain.

Tels sont les symptômes des anévrismes artério-veineux du creux poplité. Ils sont, en général, d'une grande netteté et rendent l'hésitation presque impossible. La présence d'une cicatrice, l'existence d'une plaie viennent d'ailleurs la plupart du temps en révéler la cause traumatique et confirmer le diagnostic.

Cependant nous croyons bon de rappeler en cet endroit

la remarque de TILLAUX, rapportée par l'illustre clinicien dans ses *Leçons de Chirurgie clinique*. Il s'agissait d'un anévrisme artériel simple de la poplitée où sur la poche principale s'était développé à la suite d'un effort violent une poche supplémentaire, et qui présentait le thrill considéré comme un signe spécial des anévrismes artérioveineux. Pour l'expliquer, on avait invoqué le reflux dans la poche principale, après chaque systole, d'une partie du sang contenu dans la poche accessoire sous l'influence de la contraction des muscles environnants.

Quel sera donc le pronostic d'une telle affection ?

Les auteurs, HUNTER le premier, sont généralement d'accord pour admettre que les anévrismes artérioveineux sont d'une gravité bien moindre que les anévrismes artériels. Cela est vrai, mais d'autre part BROCA a établi qu'ils ne guérissent jamais spontanément et, au contraire, qu'ils ont une certaine tendance à augmenter de volume. De plus, il faut reconnaître que l'anévrisme artérioveineux du creux poplitée se trouve par le fait de sa situation anatomique soumis à des conditions particulières. La circulation dans les membres inférieurs se fait plus difficilement que dans toute autre région du corps. Ces membres sont obligés à un travail pénible, continu, à des extensions et à des flexions brusques dont l'effet est surtout sensible dans l'articulation du genou, et l'intégrité absolue de leurs fonctions est rarement compatible avec cette affection.

De plus, ces anévrismes artérioveineux, nous l'avons vu, entraînent presque constamment avec eux des troubles fonctionnels ou trophiques tels qu'ils constituent une véritable infirmité. Ils sont exposés à une rupture inattendue. Enfin après un délai plus ou moins long, qui peut

atteindre trente et quarante ans pendant lesquels ils sont restés stationnaires, ils peuvent amener de la gangrène.

Leur gravité, quoique non immédiate, est donc évidente. Aussi, si le chirurgien ne veut pas être surpris par les circonstances, doit-il les surveiller attentivement pour éviter, le cas échéant, de substituer à une opération soigneusement préparée et tranquillement exécutée, une opération d'urgence toujours bien plus dangereuse.

Même si les chances sont très favorables, il faut craindre pour l'avenir et intervenir si la tumeur augmente de volume, ce que pourra démontrer une mensuration minutieuse et répétée.

Cependant il est évident que certaines restrictions s'imposent et qu'il faut s'inspirer surtout de l'âge et de la profession du malade. Les indications ne sauraient être absolues, et l'on pourra par exemple temporiser en présence d'une simple varice anévrysmale dont serait porteur un vieillard ne travaillant plus, alors que l'intervention sera nettement indiquée chez un jeune homme exerçant un métier pénible.

Le moment est venu d'examiner à quel mode d'intervention il sera préférable de recourir. Tel est l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Notre but n'est pas d'exposer dans ce chapitre les procédés si nombreux que la thérapeutique chirurgicale met à la disposition du chirurgien pour le traitement des anévrysmes artério-veineux. Nous avons cru qu'il serait préférable de nous en tenir strictement aux observations que nous possédons sur l'affection qui nous occupe spécialement et d'essayer d'en tirer les enseignements qu'elles comportent. Peu nombreuses, il est vrai, elles sont incomplètes quelquefois au point de vue du résultat obtenu, mais il semble que de leur examen des indications très nettes puissent être déduites.

Tout d'abord nous constatons la totale impuissance des méthodes non sanglantes. Le bandage compressif employé par LARREY, HODGSON, PORTER a échoué entre les mains du premier d'entre eux. Le résultat obtenu par les deux autres chirurgiens est resté inconnu.

La compression digitale ou mécanique prolongée fort longtemps a donné toujours de détestables résultats. Partout elle a échoué sans jamais offrir la moindre apparence de succès. La flexion forcée est restée également insuffisante. Deux fois employée, deux fois elle a manqué son but.

Les méthodes opératoires sont dans leur ensemble plus encourageantes.

La *ligature à distance* employée par STROMEYER, MONNERET, COCK, MENSEL SCARENZIO a donné deux succès. Un malade n'a pu être suivi, un autre a récidivé et le dernier atteint de gangrène a dû être amputé.

Sur quatre cas, la *quadruple ligature* circonscrivant le sac incisé ensuite ou non, a donné trois succès.

Enfin l'*extirpation* du sac six fois exécutée donne un nombre égal de guérisons radicales et définitives.

De cette statistique, il résulte que la compression sous toutes ses formes est si totalement impuissante vis-à-vis des anévrismes artério-veineux du creux poplité qu'elle ne doit même pas être tentée. Il en est de même de la flexion forcée. La ligature à distance doit également être proscrite. Quant à la quadruple ligature, il faut reconnaître qu'elle est un moyen utile dans les cas où les fils peuvent être placés à si peu de distance les uns des autres que la présence de collatérales dans leurs intervalles ne puisse être redoutée. Mais, comme en raison des variantes anatomiques, il y a toujours une certaine incertitude sur le siège et le nombre de celles-ci, cette considération tend encore à élargir le cercle des indications d'un traitement dont les résultats, nous l'avons vu, ont toujours été excellents, c'est-à-dire l'*extirpation* qui constitue selon nous la méthode de choix.

Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter ici ce que disait M. RECLUS le 20 février 1889, à la Société de Chirurgie de Paris, à propos d'un anévrisme artério-veineux du creux poplité : « Lorsque le sac se développe aux dépens des parois de la veine, restant souple, il peut

revenir sur lui-même ; si au contraire il présente des indurations, des incrustations calcaires, l'extirpation rendue plus facile doit être préférée. »

Et M. TRÉLAT lui répondait : « Je suis d'avis que si l'on adoptait résolument la double ligature et l'extirpation, la guérison serait plus facile et s'obtiendrait plus rapidement. »

Deux ans plus tard, dans une séance de la même Société, le 12 juillet 1891, M. RECLUS, à propos d'un anévrisme artério-veineux de l'artère tibiale postérieure élargissait encore les indications de l'extirpation : « Nous croyons, disait-il, avoir démontré dans plusieurs communications que, quand le segment d'artère, pris entre les ligatures est assez court pour ne recevoir aucune collatérale, la double ligature est la méthode de choix. Mais les observations qui se succèdent prouvent que dans la pratique on n'établit plus ces distinctions et que la ligature est de plus en plus délaissée. Les mémoires de M. DELBET et les discours de M. TRÉLAT ont annoncé l'avènement de l'extirpation qu'on pratique aujourd'hui presque exclusivement. Il est certain que cette opération absolument radicale est beaucoup plus simple que nous ne l'imaginions ; elle paraît aussi innocente que la ligature. Aussi croyons-nous qu'elle sera la méthode de choix pour les anévrismes artério-veineux. » .

C'est en effet la conclusion qui s'impose après l'étude des observations dont nous avons pris connaissance, car, quelle région plus que la région poplitée est plus exposée à voir survenir l'aggravation et les complications de ces lésions ? A l'heure actuelle, la difficulté opératoire et les dangers immédiats qui avaient fait rejeter ce mode d'intervention sont singulièrement diminués par l'anesthésie,

l'hémostase, par la bande d'ESMARCK et la forcipressure. Il a l'avantage de mettre à l'abri de tous les accidents possibles, après une intervention moins radicale, tels que l'inflammation, la récidence, et elle débarrasse les malades des douleurs dues à l'enclavement des nerfs dans les parois du sac.

Mais nous voulons aller plus loin encore dans nos conclusions et nous disons qu'il faut pratiquer l'extirpation dès que la tumeur est constituée et le diagnostic porté, si l'on veut que l'opération soit heureusement et facilement menée à bonne fin.

Le sac est alors peu volumineux, la tumeur est mobile, indépendante des tissus de voisinage et facile à disséquer et à isoler, car ce n'est que progressivement qu'elle les refoule et modifie leur structure.

C'est peu à peu que le tissu cellulaire se condense, s'indure et se soude à la poche, que les muscles sont refoulés et se sclérosent, que les nerfs sont distendus, fusionnés avec les parois de la tumeur et sont atteints des lésions de la névrite chronique. Pendant ce temps, les artères collatérales se développent, et si certaines de ces branches faciliteront la circulation dans le membre après l'opération, d'autres partant du sac, nombreuses, volumineuses, nécessiteront ces ligatures parfois si difficiles après l'extirpation. Plus tard encore, comme dans l'observation de SCRIBA, que nous rapportons ci-après, les os peuvent être atteints d'ostéite raréfiante, les ligaments déchirés ne les maintiennent plus en contact, et même avant ces désordres extrêmes, le sac se soude à l'articulation, empêchant ainsi l'enlèvement en totalité sans ouverture de la jointure.

Comment doit-on pratiquer l'extirpation du sac ?

Après avoir très soigneusement et très énergiquement refoulé le sang contenu dans la jambe et la cuisse, on applique la bande d'ESMARCK. On fait une incision suivant le grand axe de la tumeur et un peu plus longue que celle-ci.

Arrivé sur le sac, on poursuit le plus possible la dissection et l'isolement de ses faces postérieure et latérales sans l'ouvrir.

Au fur et à mesure que progresse le dégagement, on lie les diverses collatérales. On lie ensuite l'un des pédicules et on le sectionne. Dès lors, on peut rabattre la tumeur soit de haut en bas, soit de bas en haut, suivant que le pédicule sectionné est le pédicule inférieur ou le pédicule supérieur, et on dissèque la face profonde. Le second pédicule est alors disséqué, lié, sectionné.

Au cas où la dissection serait par trop difficile, on peut ouvrir le sac, ce qui permet, par l'introduction des doigts, d'en tendre les parois. On peut ainsi extirper les tumeurs les plus volumineuses.

Il est, au point de vue opératoire, un détail important. Il faut récliner en masse les nerfs poplités. Il serait, en effet, incontestablement moins commode et plus dangereux de chercher sa voie entre les deux nerfs poplité interne et poplité externe. On s'exposerait ainsi à lier le nerf saphène interne et son accessoire. De plus, les manœuvres deviendraient extrêmement difficiles si le sac remontait haut du côté de l'anneau du troisième adducteur.

Avant l'opération, au cas où le membre serait très œdématié, il serait logique de le soumettre pendant quelque

temps à une compression suffisante pour diminuer l'œdème. En outre, cette manœuvre aurait l'avantage de favoriser la circulation et de faciliter singulièrement la tâche de l'opérateur.

Quant aux principales indications post-opératoires, elles résident dans le repos absolu pendant tout le temps nécessaire et, au besoin, dans l'enveloppement du membre au moyen de corps chauds destinés à prévenir l'abaissement de température.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Scriba, *Deutsch. Zeitschr. für Chirurg.*, p. 543,
6 octobre 1885.)

D. A..., âgé de trente-huit, ans se présente le 27 août 1881 à la clinique de Tokio. Il est très affaibli, ses sommets sont suspects. Masses ganglionnaires tuberculeuses au cou. Sa jambe est fléchie à 130 degrés sur la cuisse. Le contour du genou est presque doublé. Douleurs vives. On trouve dans le creux poplité une tumeur molle, élastique, presque fluctuante par places, qui paraît adhérente aux os et aux muscles. L'absence de battements et de souffle rend le diagnostic difficile. Une ponction ne donne issue qu'à du sang. Ayant obtenu du malade l'autorisation de faire l'amputation ou la désarticulation, l'auteur opère après avoir placé la bande d'Esmarck. Il s'agit d'un anévrisme artériovoineux rompu. On dissèque le sac, devenu gangreneux, en liant au fur et à mesure les vaisseaux qui se présentent. Ils sont au nombre de onze. Sous l'influence de la compression, plusieurs muscles sont devenus gangreneux, la face postérieure du fémur, jusqu'à son milieu, celle du tibia dans une étendue un peu moindre, sont dépourvues de périoste, irrégulières, nécrosées. La partie postérieure de la capsule articulaire est détruite, si bien qu'on voit à nu les cartilages. Les deux jumeaux sont sphacelés dans une grande étendue, et je dus les réséquer partiellement jusqu'au niveau du mollet, en même temps que d'autres parties musculaires devenues gangre-

neuses. La gaine des nerfs sciatique et tibial postérieur est sphacélée sur une étendue de 14 centimètres, et les nerfs eux-mêmes, très atrophiés, sont d'un gris verdâtre. Je résèque une partie de la gaine, je gratte les os et je désinfecte avec une solution de chlorure de zinc. Toutes les parties sont saupoudrées avec 1 gramme d'iodoforme. La plaie qui avait 30 centimètres d'étendue est suturée, une contre-ouverture ayant été faite au niveau du mollet. Pansement antiseptique. Après quelques accidents fébriles le malade guérit parfaitement. Il commençait à marcher, quand, deux mois après, il succomba aux progrès de sa tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION II

(De M. Félizet, résumée.)

Br... reçoit dans la jambe droite, le 24 juillet 1888, au niveau et en arrière de la tête du péroné, une balle de pistolet. La douleur est modérée, l'hémorragie peu considérable. Le 4 août, on perçoit un frémissement particulier le long des vaisseaux, et une tumeur pulsatile dans le creux poplité, un frémissement très net, et un mouvement d'expansion très marqué. A l'auscultation, bruit de diable. Le 5 août, la jambe se met en demi-flexion. Le pied est engourdi, il y a de l'œdème malléolaire. Le 9, compression mécanique pendant trente heures, sans résultat. Le 12, compression digitale pendant cinq heures. Amélioration provisoire. On tente la flexion forcée, mais le traitement devient insupportable pour le malade. Le 7 septembre, opération par M. Félizet. Anesthésie, bande d'Esmarch. On fait une incision verticale, médiane de 10 centimètres, s'étendant plus au-dessus qu'en dessous du pli de flexion. On divise les premières couches en ménageant soigneusement la veine saphène externe; l'aponévrose incisée, on découvre l'interstice des jumeaux, on les écarte, et, après avoir porté en dehors le nerf sciatique poplité interne, on arrive sur la tumeur en partie masquée par le jumeau interne. On la dégage, on sépare les vaisseaux, artère et veine sont liées séparément au-dessus et

au-dessous du sac, on lie les collatérales et la tumeur est extirpée. On remplit la cavité d'iodoforme, on draine et on suture les lèvres de la plaie. Cinquante-six jours après l'opération, la plaie est cicatrisée. A ce moment, le biceps est atrophié, les muscles de la région postérieure se rétractent et le membre est dans la demi-flexion. On prescrit l'électrisation.

En décembre, l'amélioration est notable et on peut espérer la guérison complète à bref délai. On se propose de faire du massage.

OBSERVATION III

(Recueillie par M. P. Delbet).

Anévrisme artério-veineux des vaisseaux poplités.

Extirpation. — Guérison.

Gustave R..., âgé de vingt-trois ans, entre le 18 novembre 1888 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le professeur Velpeau. A l'âge de quatorze ans (il y a neuf ans), il essayait de faire jouer la baguette d'un revolver de petit calibre en appuyant le canon sur la cuisse gauche, lorsqu'un coup partit. La balle pénétra par la face interne de la cuisse à 18 centimètres au-dessus de l'articulation du genou, à peu près exactement sur le trajet de la fémorale; elle traversa obliquement le creux poplité et vint se loger sous la peau de la partie externe du mollet. Elle fut immédiatement et facilement extraite. Quinze jours après, lorsque le pansement fut enlevé, le malade remarqua que sa jambe avait augmenté de volume et qu'elle était sillonnée de grosses veines. Néanmoins, il ne tarda pas à reprendre ses occupations habituelles. Il y a quatre ans, un ulcère se développa sur la face interne de la jambe, et il fallut un mois de repos complet pour en obtenir la cicatrisation. Deux mois plus tard, phlébite intense, nécessitant un séjour d'un mois au lit. Enfin, il y a trois semaines, nouvel ulcère, pour lequel le malade se présente à la consultation.

Notable augmentation de volume de tout le membre supérieur : au voisinage du genou, 7 centimètres de plus que du côté opposé. La peau est soulevée par des veines énormes, mais régulièrement dilatées et très différentes par leur aspect des veines variqueuses ordinaires. Pas de troubles trophiques véritables du côté des poils, ni du côté des ongles, mais plaques pigmentaires de couleur variable. A la face interne de la partie inférieure de la jambe, vaste plaque brune au milieu de laquelle se trouve l'ulcère. Le creux poplité est rempli par une tumeur considérable présentant tous les caractères d'un anévrisme artério-veineux. Elle est animée de mouvement d'expansion et de battements, et donne au doigt la sensation du thrill; l'oreille perçoit un souffle intense, continu, à renforcements systoliques. Battements, souffle, thrill se prolongent dans toutes les veines de la jambe. On les perçoit facilement dans la saphène interne, au devant de la malléole interne. En haut, on perçoit le souffle jusque dans les vaisseaux iliaques. On ne peut sentir le pouls, ni de la pédieuse, ni de la tibiale postérieure. La fémorale, au pli de l'aîne, paraît très dilatée, ses pulsations sont très intenses et appréciables à la vue. La tumeur déborde un peu vers le niveau de l'interligne articulaire; en haut elle s'étend jusqu'à l'anneau du troisième adducteur. Verticalement, elle mesure 12 centimètres; transversalement, elle occupe toute la largeur du creux poplité, 10 centimètres. La température du membre malade est de 3 degrés supérieure à celle du côté sain.

M. Trélat, en raison de la grandeur du sac, de sa minceur apparente et de la probabilité de collatérales s'ouvrant directement dans son intérieur, se décide à pratiquer la double ligature, et si elle présente la moindre difficulté, l'extirpation du sac.

Opération le 12 janvier 1889. — Chloroformisation. Bande d'Esmarck. M. Trélat fait une incision de 15 centimètres, légèrement oblique de haut en bas et de dedans en dehors, commençant à l'anneau du cinquième adducteur et se terminant à l'interstice des jumeaux. L'aponévrose incisée, les nerfs sciatiques poplités apparaissent. M. Trélat libère le bord interne du sciatique poplité intense et tous les nerfs sont doucement réclinés en dehors avec le plan cellulaire qui les soutient. La tumeur apparaît. On cherche

son pédicule inférieur. Il faut d'abord disséquer un petit diverticule du sac qui pénètre entre le jumeau interne et le demi-membraneux. On arrive alors facilement sur le pédicule inférieur. On voit la veine volumineuse s'insinuer entre les jumeaux, mais il est impossible de découvrir l'artère. On jette un fil sur le pédicule et on cherche le bout supérieur des vaisseaux. Il faut pour cela remonter jusqu'au canal de Hunter.

Le creux poplité étant rempli par la tumeur, il était difficile de lier le pédicule. En outre, on ne pouvait laisser un sac aussi volumineux, compris entre deux ligatures aussi éloignées. M. Trélat se décide à l'extirpation. Le bord interne, puis le bord externe de la tumeur sont disséqués; il fallut alors couper entre deux pinces plusieurs veines volumineuses. Puis, le pédicule inférieur sectionné, on dissèque la face antérieure de la tumeur de bas en haut. Là, on distingue l'artère et la veine. Les deux vaisseaux sont liés séparément, il ne reste plus qu'à les couper pour enlever le sac. On enlève la bande d'Esmarck. On pratique l'hémostase, temps long et délicat, mais facile; presque tous les vaisseaux ayant été pincés au moment de l'opération, il a suffi de les lier. Une seule artère a donné un peu de peine, car elle s'engage dans la capsule articulaire. Toute la plaie est suturée, un seul drain est laissé vers le milieu de la ligne de suture. Pansement à l'iodoforme. Enveloppement de tout le membre qui est entouré de boules d'eau chaude. Suites très simples. Deux heures après l'opération, la température du pied était à 31°1. Le soir, 37°3, puis elle a varié entre 37 et 38 degrés. Jusqu'au premier pansement, crises douloureuses dues au froissement des nerfs par le drain. Le 16, ablation des fils, réunion de la plaie, ablation du drain, remplacé par une mèche de gaze iodoformée. Le 27 janvier (deuxième pansement), le malade est guéri. Le 11 février, il commence à marcher. Les mouvements du genou sont faciles. L'extension n'est pas absolue. Le 20 février, complète guérison. Peu d'œdème le soir après la marche. Le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION IV

(*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris,*
30 décembre 1851.)

M. Reynier présente à la Société les pièces provenant d'un malade atteint d'un volumineux anévrisme artério-veineux poplité, qui s'étend du canal du troisième adducteur jusque dans le creux poplité, et dont il a fait après incision l'extirpation. Le coup de couteau qui avait déterminé la lésion avait porté sur l'artère et la veine au niveau de l'anneau du troisième adducteur. La dissection a été longue, laborieuse, difficile. Après application de la bande d'Esmarck, on incise la poche que l'on débarrasse des caillots qui s'y trouvent. On introduit alors une sonde cannelée dans les orifices de l'artère et de la veine. On lie les vaisseaux au-dessus et au-dessous du sac. On pratique alors l'extirpation.

Quinze jours après, le malade est guéri sans complications et sans gangrène. Les douleurs intolérables dues à la compression du sciatique ont disparu.

OBSERVATION V (personnelle).

(Recueillie dans le service de M. le professeur Poncet).

C... Jean-Marie, âgé de dix-sept ans, cultivateur, entré à la salle Saint-Philippe, le 27 octobre 1898. Antécédents personnels nuls, a toujours joui d'une excellente santé. Le 17 septembre 1898, quarante jours avant son entrée, ce jeune homme se rendit dans la boutique d'un cordonnier pour y voir des soldats de passage dans son village. En reculant violemment contre la chaise sur laquelle était assis l'artisan, il reçut dans la région du creux poplité gauche un coup de tranchet. A ce moment, par cette plaie longue de 12 à 15 millimètres, le sang jaillit abondamment. On fit une hémostase par compression, et au bout d'environ trois semaines la

plaie était cicatrisée. Mais, dès la fin de la seconde semaine, après le coup, le malade avait ressenti un frémissement continu, faible d'abord, mais qui augmenta peu à peu en même temps que la marche devenait pénible, douloureuse même, et que le soir toute la région poplitée « s'enflait ». La jambe se plaça en flexion légère sur la cuisse.

Actuellement, on voit dans la région poplitée gauche la cicatrice de la blessure sous la forme d'une ligne rosée, verticale, de 15 millimètres de longueur et occupant la partie inféro-externe du losange.

Elle occupe le centre d'une notable tuméfaction, soulevée par des battements très visibles. Celle-ci est réductible par la compression. A la palpation on ressent un frémissement continu, intense, à renforcements systoliques. On sent très bien les battements. A l'auscultation, on entend un souffle très intense continu, renforcé au moment de la systole, véritable bruit de rouet; en comprimant fortement l'artère fémorale, on obtient une grande atténuation de tous ces symptômes. Le pouls de la tibiale postérieure n'est pas perceptible, celui de la pédieuse, sans avoir disparu complètement, est manifestement beaucoup plus faible que dans l'autre jambe.

Pas de troubles de la sensibilité; le malade sent parfaitement les différences de température, d'objets variés. Il n'accuse pas de sensation subjective de froid. Il y a une légère atrophie du membre malade. Le malade marche cependant, bien qu'il accuse une certaine faiblesse musculaire; son état général est excellent. Il y a entre les deux membres inférieurs une différence de température de près de 3 degrés. Jambe gauche, 35°4; jambe droite, 32°8.

Au 15 novembre, le malade est certainement amélioré par le repos hospitalier. Le 16 novembre, l'opération a lieu, faite par M. le professeur Poncet. Après esmarckisation, on fait une incision verticale, en prenant la cicatrice comme point de repère; incision de près de 15 centimètres de longueur, découvrant en bas la rencontre des deux jumeaux.

La recherche des vaisseaux est laborieuse; en effet, l'application de la bande élastique a été faite sans que le refoulement sanguin

ait été assez complet. Le système veineux est encore gorgé de sang et se dilacère avec une grande facilité, en donnant lieu à des hémorragies gênantes. Cependant les deux vaisseaux sont pincés à la partie supérieure de la tumeur anévrismale et sectionnés. Après dissection des parois latérales, on aborde la face articulaire et on rabat en arrière. Les vaisseaux sont pincés à leur sortie de la poche et sectionnés. Les extrémités artérielles sont liées. On pratique l'hémostase difficile et longue à cause du nombre des veines déchirées. On laisse des pinces à demeure et on fait un pansement légèrement compressif. Le membre est enveloppé. La sensibilité est normale, à peine un léger refroidissement des extrémités. Quarante-huit heures après, on enlève les pinces. Le pouls de la pédieuse n'est pas perceptible, mais le membre a très bonne apparence; sensibilité, coloration normales. Pas de troubles moteurs. Excellent état général.

Le 25 décembre, l'état général du malade est excellent, la cicatrisation s'est effectuée, et il peut marcher facilement en s'aidant de cannes qu'il pourra sans doute bientôt laisser de côté.

CONCLUSIONS

Nous avons eu l'occasion de voir à la clinique de M. le professeur Poncet un très beau cas d'anévrisme artérioso-veineux traumatique.

A ce propos, nous avons recherché les observations de même ordre, du reste réunies en grande partie par le professeur Delbet dans un travail paru en 1889. Leur nombre s'élève aujourd'hui au chiffre de vingt-cinq.

Il s'agit dans presque tous ces cas d'anévrismes d'origine traumatique et dont la symptomatologie ne diffère pas, du reste, de celle des autres anévrismes artério-veineux.

En raison des troubles fonctionnels qui accompagnent l'anévrisme artério-veineux du creux poplité des dangers auxquels le malade est, de ce fait, exposé : inflammation de la poche, hémorragies, etc..., le traitement de choix est l'ablation de l'anévrisme avec ligature au-dessus et au-dessous des quatre troncs vasculaires.

Il faut, suivant M. le professeur Poncet, se comporter, dans les cas de ce genre, comme on le ferait en présence

d'un néoplasme. Qu'il s'agisse de néoplasie ou d'anévrisme, l'extirpation s'impose.

C'est, du reste, la conduite que M. le professeur Poncet a suivie chez le malade dont nous rappelons l'observation et qui est aujourd'hui complètement guéri.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu :

LE DOYEN
LORTET

Vu, et permis d'imprimer

LE RECTEUR,
G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

CLEYHORN, in Arnaud, Mémoire de chirurgie, t. I, p. 240.

DELBET, thèse de Paris, 1889.

— Bull. Soc.. Anat., Paris, t. XIV, p. 36-38, 1889.

DOYEN, Thérapeutique chirurgicale (art. Anévrisme).

DUPLAY-RECLUS, Traité de Chirurgie, t. VIII.

FOLLIN, Traité de path. ext., t. II.

OULIÉ, thèse de Paris, 1888.

POULET-BOUSQUET, Traité de path. ext., t. I et III.

LE FORT, Dict. des Sc. médicales, 1866.

LE DENTU, Traité de chirurgie.

REYNIER, Bull. Soc. Chirurgie, p. 804. Paris, 30 déc. 1891.

RECLUS, Bull., Soc. Chirurgie, p. 279. Paris, 4 avril 1883.

TRÉLAT, Bull. Soc. Chirurgie, p. 153. Paris, 20 février 1889.

SENNERT, Opera, Lugdani, t. V, 1876.

W. UNTER, Med. Obser. and Inquiries, t. I, art. 27.

